



TITLE:

尿管周囲原発悪性リンパ腫の1例

AUTHOR(S):

井上, 亮; 山口, 史朗; 岸弓, 景; 白瀧, 敬; 土田, 昌弘;
内藤, 克輔; 星井, 嘉信; 大塚, 知明

CITATION:

井上, 亮 ...[et al]. 尿管周囲原発悪性リンパ腫の1例. 泌尿器科紀要 2002, 48(8): 507-509

ISSUE DATE:

2002-08

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/114803>

RIGHT:

尿管周囲原発悪性リンパ腫の1例

山口大学医学部泌尿器科学教室 (主任: 内藤克輔教授)

井上 亮, 山口 史朗, 岸 弓景
白瀧 敬, 土田 昌弘, 内藤 克輔

山口大学医学部第1病理学教室 (主任: 石原得博教授)

星 井 嘉 信

仁心会病院 (院長: 大塚知明)

大 塚 知 明

A CASE OF MALIGNANT LYMPHOMA ORIGINATING FROM
PARAURETERAL TISSUE

Ryo INOUE, Shiro YAMAGUCHI, Yumikage KISHI,

Satoshi SHIRATAKI, Masahiro TSUCHIDA and Katsusuke NAITO

From the Department of Urology, Yamaguchi University School of Medicine

Yoshinobu HOSHII

From the Department of Pathology, Yamaguchi University School of Medicine

Tomoaki OTSUKA

From the Department of Urology, Jinshinkai Hospital

A 53-year-old man was admitted with epigastric discomfort. Excretory pyelography demonstrated left non visualizing kidney. Computed tomography showed the dilatation of left renal pelvis and a mass along with a left lower ureter. Retrograde pyelography showed the stenosis of left lower ureter. Urine cytologies from both voided and upper urinary tract showed class I. Ureteroscopy revealed the normal ureteral mucosa, suggesting extrinsic obstruction of the ureter. The operation was performed under the diagnosis of retropelvic tumor. The tumor could be easily resected from the left ureter. The pathological diagnosis was follicular lymphoma. There was no proliferative accumulation on Gallium scintigraphy after the operation. The tumor was considered to have originated from paraureteral tissue.

(Acta Urol. Jpn. 48 : 507-509, 2002)

Key words: Malignant lymphoma, Ureteral tumor

緒 言 症 例

悪性リンパ腫はリンパ組織から発生する悪性腫瘍でホジキン病と非ホジキンリンパ腫に大別される。非ホジキンリンパ腫は一般に局所または全身のリンパ節に発症しリンパ節以外は節外性リンパ腫と呼ばれ、Waldeyer 輪, 消化管, 皮膚, 骨 (髄), 脾, 肝などあらゆる部位, 臓器に発生する。これらの初発症状としては, 表在リンパ節の腫脹, 全身倦怠感, 消化器症状などが最も多く, 泌尿生殖器系に発生し尿路性器症状を示すものはきわめて少ないとされる¹⁾。今回, 心窩部不快感を契機として診断された尿管周囲原発の悪性リンパ腫の1例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

患者: 53歳, 男性
主訴: 心窩部不快感
既往歴: 15歳時虫垂切除術
家族歴: 特記すべき事項なし
現病歴: 2000年6月5日, 心窩部不快感を主訴に近医内科受診。上部消化管内視鏡検査施行されたが異常所見なく, 腹部CT scanにて左腎盂腎杯の拡張を認めたため, 6月19日近医泌尿器科紹介受診。同日施行された排泄性尿路造影にて左腎盂腎杯の拡張 (Fig. 1-A), 6月23日施行された腹部骨盤部CT scanにて左外腸骨動脈内側に造影効果のある最大径 25×18 mmの腫瘤を認めた (Fig. 2)。6月27日施行された逆行性腎盂造影では左仙腸関節部での尿管狭窄を認めた。6



Fig. 1-A. Excretory pyelography demonstrated left nonvisualizing kidney.



Fig. 1-B. Retrograde pyelography revealed stenosis in the left ureter (white arrow).

月30日当院紹介受診。骨シンチグラフィでは、異常集積は認めなかった。7月13日、精査加療目的で当科入院した。

入院時現症：身長 166 cm，体重 59 kg，血圧 110/80 mmHg，栄養状態良好，胸腹部理学所見に異常なし。

入院時検査所見：末梢血では血算および生化学検査で血清クレアチニン値軽度上昇以外異常は認めなかった（血清クレアチニン：1.13 mg/dl，BUN：19 mg/dl，LDH：168 IU/l，CRP：0.16 mg/dl）。自排尿細胞診は class I。各種腫瘍マーカー（CEA，SCC，PSA， γ -SM，CA-19-9，AFP，hCG- β ）はいずれも



Fig. 2. A 25×18 mm mass (white arrow) in size was shown along with the intrapelvic ureter on CT scan.

基準値範囲内であった。

尿所見：RBC：0～1/hpf，WBC：1～5/hpf，その他異常なし。自排尿細胞診は class I。

入院後経過：逆行性尿路造影では左仙腸関節部で 13 mm にわたる尿管狭窄を認めた (Fig. 1-B)。7月19日、腹部骨盤部 MRI では CT scan で認めた腫瘍部位に一致して T1 強調像で低信号，T2 強調像で軽度高信号，Gd-DTPA で造影効果を認める 25×18 mm の腫瘍を認めた。順行性腎盂造影では左仙腸関節部で尿管狭窄を認めた。以上より尿管癌が最も疑われたが，他臓器腫瘍の転移も疑い上部，下部消化管内視鏡検査施行し，悪性所見は認められなかった。尿管鏡検査では狭窄部粘膜は平滑整，尿管鏡は同部位を容易に通過し，尿管内に明らかな異常は認めなかった。以上より，後腹膜原発腫瘍を疑い 8 月 22 日，腫瘍摘除術を施行した。

術中所見：腫瘍は弾性硬，平滑で紡錘状に尿管を全周性に取り巻き左外腸骨静脈と癒着していたが，周囲および尿管との剝離は比較的容易で，尿管は温存し腫瘍のみを摘除した。

病理現組織所見：HE 染色にてリンパ球の濾胞状増生

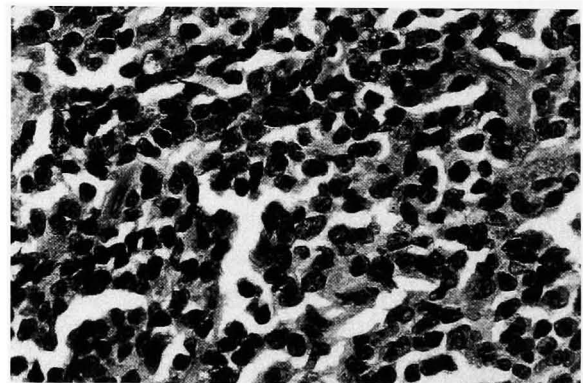


Fig. 3. The histopathological examination revealed malignant lymphoma with proliferation of lymphoma cells.

を認め (Fig. 3), 濾胞内リンパ球は CD-10 および bcl-2 免疫染色に陽性を示し, 濾胞性リンパ腫と診断した。

手術後経過: 9月6日の DIP にて, 両側腎盂腎杯の拡張はなく, 両腎とも media の排泄は良好であった。悪性リンパ腫の全身検索のため, 9月1日血液内科紹介受診。可溶性 IL-2 受容体値 748 (220~530) とやや高値であったが, Ga シンチグラフィにて異常集積は認められず, 明らかな残存病変は認められなかった。術前病期は, stage I_E (Ann Arbor 分類) 9月28日時点で理学所見, 検査所見より残存病変認められず, 悪性リンパ腫は寛解状態と診断。この時点で追加の化学療法, 放射線療法が予後改善には必ずしも寄与しないということより, 追加治療施行せず, 以後 CT scan, Ga シンチグラフィにより経過観察中である。

考 察

悪性リンパ腫とは, おもな免疫担当細胞である T 細胞, B 細胞をはじめとするリンパ球の悪性増殖による疾患である。本症は組織学的に Reed-Sternberg 細胞の有無によりホジキン病と非ホジキンリンパ腫に大別され, さらにその発生部位によりリンパ節性と節外性に大別される。節外性はリンパ腫の 42.4% を占め²⁾, およそすべての臓器からの発症が報告されているが³⁾。その中で泌尿生殖器に発生するものは少ない⁴⁾。

悪性リンパ腫の症状として多いものは, 表在性リンパ節腫大, 全身倦怠感, 消化器症状などであり, 泌尿器症状を示すものはきわめて少ない¹⁾。Watson ら⁵⁾によると, 悪性リンパ腫患者の 7.5% に泌尿器症状を認めており, 尿管閉塞を合併したものについては, Abelloff ら⁶⁾は, ホジキン病で 5.5%, 非ホジキンリンパ腫で 7.9%, Weimer ら⁷⁾は 1.8%, Rosenberg ら⁸⁾は 0.86% と報告している。本邦では, 悪性リンパ腫による尿路閉塞の症例の報告は少ない⁴⁾。自験例は, 心窩部不快感を主訴に受診し, 病変の発見に至っている。上部消化管内視鏡検査により, 明らかな異常を認めなかったことより, 左腎盂腎杯の拡張により心窩部不快感を生じたものと考ええる。

自験例では, 腫瘍が尿管を全周性に取り巻くように成長し腎盂腎杯の拡張をきたしたが, 後腹膜原発悪性リンパ腫で同様の報告は, われわれが調べたかぎりではなかった。

悪性リンパ腫の治療は, 化学療法, 放射線療法が主体となるが, 多くの症例では来院時すでに進行した状態であり, 予後は不良である。Abelloff らは, 27 例の悪性リンパ腫について尿管閉塞診断後の平均生存期間

は 13 カ月と報告している⁶⁾。予後が悪い原因として, 一般に後腹膜原発の悪性リンパ腫は, 自覚症状に乏しく, その早期診断, 早期治療開始が困難である⁹⁾ことが考えられる。

本症例は偶然にも腫瘍が尿管を全周性に取り巻く様に増殖し尿管狭窄による症状が早期に発現したため, 早期診断が可能であった。尿路上皮癌の臨床所見, 画像所見を呈しながらも, 自排尿, 分腎尿に上皮性悪性細胞を認めない症例で細胞学的診断を行う際には, リンパ腫細胞が粘膜上皮を残し固有層に浸潤増殖する¹⁰⁾尿路原発の節外性悪性リンパ腫の可能性を念頭に入れておくことが早期診断, 治療につながり予後の改善になると考えられる。

結 語

尿管周囲原発悪性リンパ腫の 1 例を経験したので, 若干の文献的考察を加えて報告した。

本文の要旨は第 69 回日本泌尿器科学会山口地方会にて発表した。

文 献

- 1) 末岡栄三郎, 嶋本義範, 山口雅也, ほか: 尿中に腫瘍細胞を認めた悪性リンパ腫の 1 例. 臨血 **30**: 207-210, 1989
- 2) 高木敏之: 節外病変の臨床的特徴. 臨血 **40**: 188-191, 1999
- 3) 上田孝典, 津谷 寛: 節外性悪性リンパ腫. 日臨 **58**: 673-676, 2000
- 4) 鈴木九里, 石井祝江, 秋間道夫, ほか: 尿管腫瘍が疑われた尿管悪性リンパ腫の 1 例. 泌尿器外科 **11**: 1079-1082, 1998
- 5) Watson EM, Sauer HR and Sadugor MG: Manifestations of the lymphoblastomas in the genito-urinary tract. J Urol **61**: 626-641, 1949
- 6) Abelloff MD and Lenhard Jr RE: Clinical management of ureteral obstruction secondary to malignant lymphomas. Johns Hopkins Med J **134**: 34-42, 1974
- 7) Weimar G, Culp DA, Narayama A, et al.: Urogenital involvement by malignant lymphomas. J Urol **125**: 230-231, 1981
- 8) Rosenberg SA, Diamond HD, Jaslowitz B, et al.: A review of 1269 cases. Medicine **40**: 31-76, 1961
- 9) 川崎孝弘, 吉村亮平, 森 茂郎: 急性腎不全を呈した後腹膜原発悪性リンパ腫の 1 例. 癌の臨 **43**: 699-703, 1997
- 10) 高木敬三, 二階堂孝: 泌尿器科領域のリンパ腫, リンパ節病変. 病理と臨 **12**: 220-222, 1994

(Received on February 18, 2002)

(Accepted on May 9, 2002)